



שאלון למורה

שם התלמיד/ה: משפחה _____ פרטי _____ טל' המשפחה _____

ביה"ס: _____ הכיתה: _____ כתובת ביה"ס: _____

טל' ביה"ס: _____ המורה: _____ טל' המורה: _____

התפקיד (מחנך/ת, מורה טיפולי/ת אחר): _____

1. ממתי הנך מכיר/ה את התלמיד/ה? _____

2. מהן הבעיות שבגללן הגיע/ה התלמיד/ה לאבחון? _____

3. לפי הידוע לך, מתי החלו הבעיות הנ"ל? _____

4. חוות דעת כללית על התלמיד/ה: _____

א. המצב הלימודי (קריאה, כתיבה, חשבון, מקצועות לימוד אחרים, הבעה, ידע כללי, השתתפות בשיעור, עבודה עצמית, הכנת שיעורי בית): _____

ב. תחום התפיסה והמוטוריקה: _____

ג. יכולת הריכוז: _____

"עמותת מיטב" מרכז רב תחומי ליעוץ, טיפול וחינוך בקהילה (ע"ר)

COMMUNITY CENTER FOR PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL CONSULTATION

ת.ד. 90000 מיקוד 12100 (מתחם המועצה האזורית גליל עליון)

טלפונים: 04-6941862 04-6816367 פקס: 04-6816424

אי-מייל: mt@galil-elion.org.il



- ד. התנהגות, מוטיבציה, יוזמה וכיוצא באלה: _____

- ה. המצב החברתי: _____

- ו. מידע נוסף: _____

- ז. אבחונים קודמים (כולל אבחון פסיכולוגי): _____

- ח. טיפולים שניתנו בעבר: _____

- ט. טיפולים נוכחיים (כולל שיטות ההוראה המתקנת): _____

- י. אפשרויות הטיפול הקיימות בבית ספר: _____

- יא. הקשר בין ההורים לבין המורה וביה"ס: _____

- יב. חוות דעת כללית (על התלמיד/ה והמשפחה): _____

- תאריך מילוי השאלון: _____
- חתימה: _____

"עמותת מיטב" מרכז רב תחומי ליעוץ, טיפול וחינוך בקהילה (ע"ר)

COMMUNITY CENTER FOR PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL CONSULTATION

ת.ד. 90000 מיקוד 12100 (מתחם המועצה האזורית גליל עליון)

טלפונים: 04-6941862 04-6816367 פקס: 04-6816424

אי-מייל: mt@galil-elion.org.il

